

## WZÓR UMOWY

UMOWA nr .....

zawarta w dniu ..... w Warszawie pomiędzy

**Zakładem Ubezpieczeń Społecznych**

z siedzibą w Warszawie, ul. Szamocka 3, 5,

posiadającym nr NIP 521-30-17-228, nr REGON 000017756,

reprezentowanym przez Prezesa Zakładu, w imieniu którego działa:

.....

zwanym w treści umowy „**Zakładem**”

**a ośrodkiem rehabilitacyjnym pn.**

.....,

z siedzibą w

.....,

posiadającym nr NIP....., nr REGON.....,

reprezentowanym przez:

1. ....

2. ....

zwanym w treści umowy „**Ośrodkiem**”.

## § 1.

1. Zakład zamawia, a Ośrodek zobowiązuje się do zrealizowania w obiekcie, w którym będzie prowadzona rehabilitacja lecznicza, położonym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w latach 2018-2020 w każdym roku **czternastu** 24 - dniowych turnusów rehabilitacji leczniczej dla osób po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego w systemie stacjonarnym dla ..... osób skierowanych przez Zakład w jednym turnusie.
2. Liczba dni pobytu osób skierowanych przez Zakład w Ośrodku dla każdego roku obowiązywania umowy nie może przekroczyć ..... i wynika z przemnożenia liczby turnusów przez liczbę osób skierowanych w jednym turnusie oraz przez liczbę dni w turnusie określonych w ust. 1.
3. Po uprzednim uzyskaniu zgody Ośrodka Zakład może skierować do 20% osób więcej w jednym turnusie rehabilitacyjnym w stosunku do liczby osób określonej w ust. 1 z zastrzeżeniem, że łączna liczba osobodni w danym roku obowiązywania umowy nie przekroczy liczby, o której mowa w ust. 2, oraz dla zwiększonej liczby osób zostaną spełnione wymagania kadrowe, lokalowe i medyczne stanowiące załącznik nr 1 do umowy.
4. Ośrodek jest zobowiązany przekazać pisemnie Zakładowi harmonogram turnusów rehabilitacyjnych nie później niż w terminie 3 dni od dnia zawarcia niniejszej umowy. Zakład rozpoczyna kierowanie do Ośrodka dopiero po uprzednim pisemnym zatwierdzeniu harmonogramu przez Zakład, ponadto każdorazowa jego zmiana dla swej ważności wymaga uprzedniej pisemnej zgody Zakładu.
5. Każdy kolejny turnus powinien rozpoczynać się nie wcześniej niż w dniu następującym po dniu zakończenia turnusu poprzedniego. Ostatni turnus w roku obowiązywania umowy nie może skończyć się później niż w dniu 17 grudnia.
6. Czas trwania rehabilitacji może być przedłużony lub skrócony w przypadku:
  - 1) pozytywnego rokowania co do odzyskania zdolności do pracy osoby skierowanej przez Zakład w przedłużonym czasie trwania rehabilitacji;
  - 2) wcześniejszego przywrócenia osobie skierowanej przez Zakład zdolności do pracy;
  - 3) zaistnienia innych przyczyn, leżących po stronie osoby skierowanej przez Zakład.
7. Decyzję w sprawie przedłużenia lub skrócenia czasu trwania rehabilitacji podejmuje ordynator Ośrodka, po uprzednim uzyskaniu pisemnej zgody Zakładu. Wzór wniosku o skrócenie / przedłużenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS stanowi załącznik nr 4 do umowy.

8. Rozpoznając wniosek, o którym mowa w ust. 7, Zakład ma prawo żądać od Ośrodka przesłania nieodpłatnie dokumentacji medycznej osoby, której wniosek dotyczy.
9. Doba pobytu osoby skierowanej przez Zakład w Ośrodku, w tym zakwaterowanie w Ośrodku, rozpoczyna się o godz. 00.01, a kończy się o godz. 24.00.

## § 2.

1. Ośrodek zobowiązuje się do zapewnienia w ciągu całego okresu obowiązywania umowy wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych określonych w załączniku nr 1 do umowy, przy czym powierzchnia udostępnionych pokoi jednoosobowych powinna wynosić co najmniej 8 metrów kwadratowych.
2. Ośrodek zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej z przebiegu rehabilitacji leczniczej obejmującej w szczególności:
  - 1) historię choroby z opisem przebiegu diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz wyników rehabilitacji, z uwzględnieniem wymagań określonych w załączniku nr 1 do umowy;
  - 2) dokumentowanie prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej;
  - 3) „Informację o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS”, sporządzaną na podstawie zapisów w historii choroby, na formularzu stanowiącym załącznik nr 9 do umowy.
3. Zmiany obiektu, w którym zgodnie z ofertą prowadzony jest program rehabilitacji leczniczej albo pokoi określonych w wykazie pokoi przeznaczonych dla osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, który stanowi załącznik nr 2 do umowy, Ośrodek może dokonać po uprzednim uzyskaniu pisemnej zgody Zakładu.
4. Postanowienia niniejszej umowy, w części dotyczącej zwiększenia lub zmniejszenia liczby miejsc i turnusów, można zmienić aneksem do tej umowy tylko w wypadku konieczności przeprowadzenia remontu Ośrodka lub z ważnych przyczyn leżących po stronie Zakładu. W przypadku wystąpienia do Zakładu przez Ośrodek o zmniejszenie, w drodze aneksu, liczby miejsc z powodu remontu Ośrodka i stwierdzenia przez Zakład, że zdarzenie to nie miało miejsca, Zakład może rozwiązać umowę w trybie określonym w § 13 ust. 1 pkt 1.
5. Ośrodek zobowiązuje się do zapewnienia w ciągu całego okresu obowiązywania umowy polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej.
6. W przypadku wygaśnięcia polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia, o których mowa w ust. 5, w trakcie realizacji umowy, Ośrodek jest zobowiązany do przesłania nowych poświadczonych za zgodność z oryginałem kopii dokumentów potwierdzających

ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej, w terminie 10 dni od daty wygaśnięcia.

7. Ośrodek zobowiązuje się do przedkładania podczas kontroli, o której mowa w § 9 oraz na każde żądanie Zakładu poświadczoną za zgodność z oryginałem kopii opinii właściwego miejscowo państwowego powiatowego inspektora sanitarnego potwierdzającej spełnienie warunków sanitarnych obiektu hotelowego, bazy diagnostyczno-rehabilitacyjnej i bazy żywieniowej.
8. Ośrodek rozpoczyna realizację programu rehabilitacji leczniczej nie wcześniej niż po przekazaniu przez osobę skierowaną przez Zakład „Zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS” albo uprzednim potwierdzeniu przez Zakład skierowania tej osoby na turnus rehabilitacyjny.
9. Kadra lekarska i specjalistyczna może udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu rehabilitacji leczniczej na podstawie umowy o pracę lub kontraktu lub umowy zlecenia. Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS stanowi załącznik nr 7 do umowy.
10. Każdorazowo w przypadku dokonania zmiany w wykazie, o którym mowa w ust. 9, Ośrodek zobowiązany jest w terminie 7 dni przesłać skan aktualnego podpisanego wykazu do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu na adres e-mail: [SekretariatDPIR@zus.pl](mailto:SekretariatDPIR@zus.pl).
11. W obiekcie, w którym realizowany jest program rehabilitacji leczniczej dla osób skierowanych przez Zakład, winny być wywieszony w ogólnodostępnym miejscu:
  - 1) grafik planu pracy / udzielania świadczeń zdrowotnych kadry lekarskiej i specjalistycznej realizującej program rehabilitacji leczniczej, tj. lekarzy, fizjoterapeutów, psychologa wraz z określeniem dni i godzin pracy lub czasu udzielania świadczeń zdrowotnych, wraz z numerami gabinetów, w których przyjmowane są osoby poddane rehabilitacji leczniczej, poświadczony przez osobę uprawnioną do jego sporządzenia;
  - 2) wykaz pokoi (numery pokoi) przeznaczonych dla osób skierowanych przez ZUS na rehabilitację leczniczą;
  - 3) informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS stanowiące załącznik nr 11 do umowy;
  - 4) informacja o zapewnieniu przez Ośrodek całodziennego wyżywienia od pierwszego dnia pobytu (od śniadania) do ostatniego dnia pobytu (do kolacji).
12. Ośrodek zobowiązuje się przestrzegać wobec osób skierowanych przez Zakład na rehabilitację leczniczą zasad kultury osobistej, nie naruszać godności osobistej tych osób, nie naruszać w sposób nieuzasadniony potrzebami leczenia i rehabilitacji leczniczej ich nietykalności cielesnej.

13. Gabinety fizykoterapii powinny być wyposażone w stanowiska zgodnie z wymaganiami do umowy w taki sposób, aby była możliwość korzystania ze wszystkich stanowisk jednocześnie.
14. Sale kinezyterapii powinny być wyposażone w stanowiska zgodnie z wymaganiami do umowy w taki sposób, aby była możliwość korzystania ze wszystkich jednocześnie.
15. Ośrodek posiada własny basen do ćwiczeń lub krioterapię ogólnoustrojową – kriosaunę lub kabinę kriogeniczną, powinien posiadać dokument potwierdzający pozwolenie na użytkowanie danego obiektu / sprzętu, wydany przez właściwy organ. W przypadku, gdy Ośrodek posiada własny basen do ćwiczeń, powinien on odpowiadać ogólnie obowiązującym wymaganiom dotyczącym warunków sanitarno-higienicznych dla tego rodzaju obiektów i być gotowy do użytku, tzn. wypełniony wodą.
16. W przypadku niespełnienia wymagań, o których mowa w ust. 15 – Zakład może rozwiązać umowę w trybie bez wypowiedzenia, o którym mowa w § 12 ust. 1 pkt 1 lub nałożyć karę umowną, o której mowa w § 12 ust. 3.

### **§ 3.**

1. Stawka kosztu jednego dnia pobytu w Ośrodku osoby skierowanej przez Zakład, zwana dalej „ceną pobytu”, wynosi ..... zł (słownie: ..... złotych) i obejmuje całkowity koszt realizacji usługi objętej umową, w tym koszt rehabilitacji leczniczej łącznie z kosztami zakwaterowania i wyżywienia.
2. Wynagrodzeniem za realizację przez Ośrodek przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1, jest kwota w złotych wynikająca z pomnożenia faktycznie wykorzystanej liczby dni pobytu osób poddanych rehabilitacji przez cenę pobytu.

### **§ 4.**

1. Ośrodek zobowiązuje się do zwrotu osobom skierowanym na rehabilitację kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania (zgodnie z adresem na Zawiadomieniu o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS) do Ośrodka i z powrotem najtańszym środkiem komunikacji publicznej, z uwzględnieniem przysługującej tym osobom ulgi na przejazd danym środkiem transportu, bez względu na to, z jakiego tytułu ulga ta przysługuje.
2. Koszty, o których mowa w ust. 1, są refundowane przez Zakład na podstawie wystawionej przez Ośrodek noty księgowej oraz wykazu osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, którym zrefundowano koszty przejazdu.
3. Wzór wykazu, o którym mowa w ust. 2, stanowi załącznik nr 6 do umowy.

## § 5.

1. Ośrodek zobowiązuje się do uiszczania opłaty uzdrowskiej za osoby skierowane na rehabilitację.
2. Ośrodek zobowiązuje się do przekazania informacji o wysokości aktualnej stawki opłaty uzdrowskiej i sposobie jej naliczania na każdy rok obowiązywania umowy, w nieprzekraczalnym terminie 10 dni od daty rozpoczęcia pierwszego turnusu do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu na adres e-mail: [SekretariatDPIR@zus.pl](mailto:SekretariatDPIR@zus.pl).
3. Ośrodek zobowiązuje się do niezwłocznego przekazania do Zakładu informacji o dokonanych zmianach dotyczących opłaty uzdrowskiej.
4. Koszty opłaty uzdrowskiej, o której mowa w ust. 1, są refundowane przez Zakład na podstawie noty księgowej wystawionej przez Ośrodek oraz wykazu osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, za które poniesiono opłatę uzdrowską.
5. Wzór wykazu, o którym mowa w ust. 4, stanowi załącznik nr 8 do umowy.

## § 6.

1. W przypadku, gdy Zakład nie może skierować na rehabilitację leczniczą liczby osób określonej w § 1 ust. 1, Ośrodek może wolne miejsca wykorzystać w inny sposób.
2. Ośrodek nie może żądać od osób skierowanych przez Zakład pokrycia kosztów z tytułu skrócenia pobytu.

## § 7.

1. W terminie nie później niż 7 dni od daty rozpoczęcia turnusu Ośrodek zobowiązuje się do przesłania wykazu osób skierowanych na rehabilitację leczniczą do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu na adres e-mail: [SekretariatDPIR@zus.pl](mailto:SekretariatDPIR@zus.pl), zgodnie z wykazem, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do umowy.
2. Każdorazowo Ośrodek po dokonaniu zmiany pokoju osoby skierowanej przez Zakład zobowiązany jest do przesłania w ciągu 3 dni aktualnego załącznika nr 3 na adres e-mail określony w ust. 1.
3. Ośrodek zobowiązuje się do przedkładania do Zakładu dokumentów rozliczeniowych za każdy turnus najpóźniej w terminie 7 dni od dnia zakończenia turnusu.
4. Dokumenty rozliczeniowe, o których mowa w ust. 3, stanowią:
  - a) faktura wystawiona na kwotę wynikającą z przemnożenia faktycznie wykorzystanej liczby dni pobytu na rehabilitacji osób poddanych rehabilitacji przez cenę pobytu określoną w § 3 ust. 1 oraz wykaz osób skierowanych przez ZUS, które ukończyły rehabilitację leczniczą, którego wzór stanowi załącznik nr 5 do umowy;
  - b) dokumenty, o których mowa w § 4 ust. 2 i § 5 ust. 4;

- c) „Zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS” osób, które ukończyły rehabilitację;
  - d) „Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS” osób, które ukończyły rehabilitację;
  - e) Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS”.
5. Podstawą do ustalenia faktycznie wykorzystanej liczby dni pobytu na rehabilitacji osób poddanych rehabilitacji jest łączna liczba dni obecności pacjenta wykazana na podstawie podpisów pacjenta w „Zestawieniu wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS” stanowiącym załącznik nr 10 do umowy.
  6. Zakład na podstawie otrzymanych dokumentów rozliczeniowych, o których mowa w ust. 4, dokonuje rozliczenia kosztów za dany turnus.
  7. Płatności Zakład dokonuje na rachunek bankowy Ośrodka w terminie 30 dni od daty dostarczenia przez Ośrodek prawidłowo sporządzonych dokumentów rozliczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 8.
  8. W przypadku stwierdzenia przez Zakład nieprawidłowości w sporządzonych dokumentach, o których mowa w ust. 4, termin określony w ust. 7 ulegnie przesunięciu i będzie liczony od daty dostarczenia przez Ośrodek do Zakładu ostatniego, skorygowanego dokumentu.

## **§ 8.**

1. Ośrodek zobowiązuje się do sporządzania w trzech oryginalnych egzemplarzach „Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS”.
2. Informacja, o której mowa w ust. 1, musi zawierać opinię końcową uwzględniającą stan funkcjonalny osoby skierowanej przez Zakład w aspekcie odzyskania zdolności do pracy.
3. Ośrodek zobowiązuje się do przekazania oryginału informacji, o której mowa w ust. 1:
  - 1) osobie skierowanej przez Zakład - w ostatnim dniu pobytu w Ośrodku;
  - 2) do oddziału Zakładu – w nieprzekraczalnym terminie nie później niż 7 dni od daty zakończenia rehabilitacji leczniczej osoby skierowanej przez Zakład – w oddzielnej, zamkniętej kopercie z następującą adnotacją:

**Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji**

**ZUS Oddział w .....**

ul. ....

... ..

„DOKUMENTACJA MEDYCZNA”

- 3) do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu – w nieprzekraczalnym terminie nie później niż 7 dni od daty zakończenia rehabilitacji leczniczej osoby skierowanej przez Zakład – w oddzielnej, zamkniętej kopercie z następującą adnotacją:

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych  
Departament Prewencji i Rehabilitacji  
ul. Szamocka 3, 5  
01-748 Warszawa**

„DOKUMENTACJA MEDYCZNA”

### § 9.

1. Zakład zastrzega sobie prawo przeprowadzania w każdym czasie i bez uprzedniego powiadomienia, a Ośrodek zobowiązuje się do umożliwienia przeprowadzenia, kontroli realizacji postanowień niniejszej umowy. Kontrolą objęte będzie w szczególności:
  - 1) dokumentowanie przebiegu diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz wyników rehabilitacji;
  - 2) dokumentowanie prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej;
  - 3) przestrzeganie wymagań, o których mowa w § 2 ust. 1, ust. 2, ust. 11, ust. 13, ust. 14 i ust. 15;
  - 4) prawidłowość rozliczeń finansowych z Zakładem.
2. Ośrodek zobowiązuje się do przedstawienia, na żądanie upoważnionych przedstawicieli Zakładu, niezwłocznie informacji i dokumentów niezbędnych dla oceny prawidłowości i efektywności wykonania niniejszej umowy.
3. Wszystkie wymagane dokumenty, w szczególności dokumentacja medyczna pacjentów, muszą być przygotowane w formie papierowej.
4. W przypadku nieprzygotowania wymaganych dokumentów w okresie do 2 godzin od rozpoczęcia kontroli, Zakład może nałożyć na Ośrodek karę umowną wysokości określonej w § 13 ust. 4.
5. Zakład zastrzega sobie prawo do kontroli, o której mowa w ust. 1, także poprzez wezwanie Ośrodka do przestania nieodpłatnie w określonym terminie na adres, o którym mowa w § 8 ust. 3 pkt 3, informacji i dokumentów niezbędnych dla oceny prawidłowości i efektywności wykonania niniejszej umowy, w tym w szczególności:
  - 1) historii choroby z opisem przebiegu diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz wyników rehabilitacji;
  - 2) dokumentów dotyczących prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej;

- 3) dokumentów dotyczących rozliczeń finansowych z Zakładem.
6. Zespół kontrolujący ma prawo wykonać zdjęcia na terenie całego Ośrodka, w szczególności we wszystkich pomieszczeniach, pokojach, gabinetach, a także zdjęcia aparatury leczniczej i diagnostycznej.

#### **§ 10.**

Ośrodek ponosi odpowiedzialność za:

- 1) proces leczenia, któremu zostanie poddana osoba skierowana przez Zakład;
- 2) szkody będące wynikiem udzielanych usług rehabilitacyjnych.

#### **§ 11.**

Ośrodek nie może powierzyć zobowiązań ani też przenieść wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie bez pisemnej zgody Zakładu.

#### **§ 12.**

Umowa została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2020 r.

#### **§ 13.**

1. Umowa o prowadzenie usług rehabilitacyjnych może być rozwiązana przez każdą ze stron:
  - 1) bez wypowiedzenia, w przypadku zdarzeń spowodowanych siłą wyższą lub niedotrzymaniem warunków umowy;
  - 2) za trzymiesięcznym wypowiedzeniem.
2. Zakład może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia, w szczególności:
  - 1) w przypadku niedotrzymania przez Ośrodek warunków umowy, o których mowa w § 2 ust. 1, ust. 2, ust. 3, ust. 4, ust. 5, ust. 6, ust. 7, ust. 12;
  - 2) w przypadku uniemożliwienia przez Ośrodek przeprowadzenia kontroli, o której mowa w § 9 ust. 1, poszczególnych czynności kontrolnych lub nieprzesłania przez Ośrodek informacji i dokumentów, o których mowa w § 9 ust. 5 w terminie określonym przez Zakład.
3. Zakład każdorazowo w przypadku stwierdzenia niespełnienia przez Ośrodek któregokolwiek z wymagań, o których mowa w § 2 ust. 1, ust. 2, ust. 3, ust. 4, ust. 5, ust. 6, ust. 7, § 9 ust. 1, ust. 5, z przyczyn leżących po stronie Ośrodka, ma prawo nałożenia na Ośrodek kary umownej w wysokości 1% kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości w roku, za który naliczana jest kara, przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1.
4. Zakład każdorazowo w razie niedotrzymania terminu, o którym mowa w § 1 ust. 4, § 2 ust. 10, § 5 ust. 2, § 7 ust. 1, ust. 3, § 8 ust. 3 pkt 2, pkt 3, § 9 ust. 4 lub w przypadku wystąpienia przez Ośrodek z wnioskiem, o którym mowa w § 1 ust. 7 po upływie terminu stanowiącego ostatni dzień pobytu osoby skierowanej przez Zakład w danym turnusie, ma

prawo nałożenia na Ośrodek kary umownej w wysokości 0,1% kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie przysługiwałyby Ośrodkowi za zrealizowanie w całości w roku, za który naliczana jest kara, przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1.

5. Zakład zastrzega sobie prawo do potrącenia kar umownych wraz z ustawowymi odsetkami z bieżących należności przysługujących Ośrodkowi od Zakładu.

#### **§ 14.**

W przypadku zatwierdzenia w ustawie budżetowej na dany rok środków finansowych w wysokości niewystarczającej na pokrycie zobowiązań wynikających z zawartych umów na realizację zadań z zakresu prewencji rentowej, Zakład jednostronnie zastrzega sobie prawo do odpowiedniego zmniejszenia przedmiotu zamówienia lub rozwiązania umowy za trzymiesięcznym wypowiedzeniem.

#### **§ 15.**

1. Rozwiązanie umowy, o którym mowa w § 13 ust. 1 i 2 i w § 14 oraz wszelkie zmiany niniejszej umowy dla swej ważności wymagają formy pisemnej.
2. Rozwiązanie umowy w trybie, o którym mowa w § 13 ust. 1 pkt 2 oraz § 14, następuje po upływie 3 miesięcy kalendarzowych licząc od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło wypowiedzenie.

#### **§ 16.**

W sprawach nieunormowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy:

- 1) rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne,
- 2) Kodeksu cywilnego.

#### **§ 17.**

Ewentualne spory mogące wyniknąć z realizacji niniejszej umowy będą rozpatrywane przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Centrali Zakładu.

#### **§ 18.**

Załączniki do niniejszej umowy stanowią jej integralną część.

#### **§ 19.**

Zmiana danych dotyczących adresu Ośrodka lub reprezentacji nie wymaga zawarcia aneksu do umowy.

## § 20.

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których dwa otrzymuje Zakład, a jeden Ośrodek.

### Wykaz załączników:

Załącznik nr 1	Wymagania lokalowe, kadrowe i medyczne.
Załącznik nr 2	Załącznik nr 1 do formularza oferty.
Załącznik nr 3	Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą.
Załącznik nr 4	Wniosek o skrócenie/przedłużenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.
Załącznik nr 5	Wykaz osób skierowanych przez ZUS, które ukończyły rehabilitację leczniczą.
Załącznik nr 6	Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, którym zrefundowano koszty przejazdu.
Załącznik nr 7	Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.
Załącznik nr 8	Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, za które poniesiono opłatę uzdrowiskową.
Załącznik nr 9	Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.
Załącznik nr 10	Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS.
Załącznik nr 11	Informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS - rehabilitacja lecznicza w systemie stacjonarnym.

**ZAKŁAD  
UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**

**OŚRODEK**

.....

.....

.....

<b>PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ</b>			
<b>po leczeniu NOWOTWORU GRUCZOŁU PIERSIOWEGO</b>			
<b>w systemie stacjonarnym</b>			
<b>Lp.</b>	<b>1. WYMAGANIA WSPÓLNE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW</b>		
<b>1.1.</b>	<b>lokalizacja obiektu rehabilitacyjnego</b>	<b>1.1.1.</b>	dysponowanie terenami rekreacyjnymi w sąsiedztwie obiektu rehabilitacyjnego, przy czym "obiektem rehabilitacyjnym" jest budynek, w którym zakwaterowane są osoby skierowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) do ośrodka rehabilitacyjnego na rehabilitację leczniczą, zwane dalej „osobami skierowanymi”
		<b>1.1.2.</b>	zapewnienie możliwości dojazdu do obiektu rehabilitacyjnego ogólnodostępnymi środkami komunikacji. Odległość od przystanku do obiektu rehabilitacyjnego nie może przekraczać 500 m. W przypadku, kiedy odległość jest większa, w dniu przyjazdu i wyjazdu należy zapewnić transport pomiędzy ośrodkiem rehabilitacyjnym a przystankiem, do którego można dojechać ogólnodostępnymi środkami komunikacji. Zapewnienie transportu powinno uwzględniać rozkład jazdy obowiązujący dla tego przystanku
<b>1.2.</b>	<b>baza hotelowa</b>	<b>1.2.1.</b>	zapewnienie osobom skierowanym zakwaterowania w wydzielonym na potrzeby ZUS obiekcie lub jego części, od pierwszego do ostatniego dnia pobytu, w pokojach wskazanych w załączniku do umowy
		<b>1.2.2.</b>	dysponowanie w obiekcie windą osobową dojeżdżającą z parteru do każdej kondygnacji, na której znajdują się pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia rehabilitacji, gabinety, pomieszczenia hotelowe oraz stołówka – nie dotyczy obiektów, w których umowa realizowana jest wyłącznie na parterze
		<b>1.2.3.</b>	zapewnienie osobom niepełnosprawnym ruchowo, także poruszającym się na wózkach inwalidzkich: a) dostępu za pomocą platformy lub podjazdu spełniającego normy budowlane do obiektu i pomieszczeń przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetów, pomieszczeń hotelowych oraz stołówki bez konieczności opuszczania obiektu, b) co najmniej 1 pokoju dostosowanego do ich potrzeb
		<b>1.2.4.</b>	zapewnienie właściwych, wynikających z odpowiednich przepisów warunków sanitarnych w pomieszczeniach przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetach, pomieszczeniach hotelowych oraz stołówce
		<b>1.2.5.</b>	zapewnienie: a) ręczników kąpielowych oraz ich wymiany, co najmniej raz na tydzień,

			<p>b) wymiany bielizny pościelowej, co najmniej raz w trakcie turnusu,</p> <p>c) prześcieradeł do zabiegów fizykalnych</p>
		<b>1.2.6.</b>	dysponowanie w udostępnionym obiekcie stołówką
<b>1.3.</b>	<b>standardy żywienia</b>	<b>1.3.1.</b>	zapewnienie całodziennego żywienia od pierwszego dnia pobytu do ostatniego dnia pobytu, przy czym przez „całodobowe żywienie” należy rozumieć co najmniej 3 posiłki, które muszą odpowiadać normom Instytutu Żywności i Żywienia dla osób ze schorzeniami onkologicznymi oraz uwzględniać diety zgodnie ze wskazaniami medycznymi
		<b>1.3.2.</b>	zapewnienie pacjentom możliwości przygotowania we własnym zakresie ciepłych napojów
<b>1.4.</b>	<b>kadra lekarska, pielęgniarska i specjalistyczna</b>	<b>1.4.1.</b>	<p>a) zapewnienie codziennego dostępu do lekarza prowadzącego leczenie – nie dotyczy sobót i dni ustawowo wolnych od pracy,</p> <p>b) zapewnienie całodobowej, stacjonarnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w każdym obiekcie, w którym zakwaterowane są osoby skierowane</p>
		<b>1.4.2.</b>	zatrudnienie pielęgniarek w liczbie gwarantującej sprawowanie całodobowej opieki nad osobami skierowanymi
		<b>1.4.3.</b>	zatrudnienie dietetyka
<b>1.5.</b>	<b>wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu</b>	<b>1.5.1.</b>	realizowanie kompleksowego programu rehabilitacji zgodnie z aktualną wiedzą medyczną
		<b>1.5.2.</b>	rozpoczęcie zleconego programu rehabilitacji w drugim dniu pobytu – nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy
		<b>1.5.3.</b>	<p>dokumentowanie przebiegu rehabilitacji w historii choroby z uwzględnieniem:</p> <p>a) wstępnego badania lekarskiego oraz zleconego programu rehabilitacji wykonanych w pierwszej dobie po przyjeździe,</p> <p>b) badania kontrolnego wykonanego co najmniej 2 razy w trakcie pobytu,</p> <p>c) badania końcowego wykonanego nie wcześniej niż dwie doby przed wyjazdem – nie dotyczy dni ustawowo wolnych od pracy,</p> <p>d) wstępnego i końcowego badania fizjoterapeutycznego</p>
		<b>1.5.4.</b>	dokumentowanie w karcie zabiegowej uczestnictwa we wszystkich zabiegach rehabilitacyjnych, oddziaływaniach psychologicznych i edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem daty i godziny
		<b>1.5.5.</b>	zapewnienie opieki psychologicznej
		<b>1.5.6.</b>	zapewnienie leczenia farmakologicznego w niezbędnym zakresie, wynikającym ze wskazań medycznych
		<b>1.5.7.</b>	zapewnienie możliwości wykonania w niezbędnym zakresie wynikającym ze wskazań medycznych badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych
		<b>1.5.8.</b>	<p>zapewnienie edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem tematów:</p> <p>a) czynniki ryzyka w chorobach cywilizacyjnych,</p> <p>b) podstawowa wiedza o procesie chorobowym ukierunkowana</p>

			<p>na profil schorzenia,</p> <p>c) czynniki zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy,</p> <p>d) podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy i pracownika,</p> <p>e) zasady prawidłowego żywienia</p>
		<b>1.5.9.</b>	<p>realizowanie indywidualnego programu rehabilitacji leczniczej ukierunkowanego na leczenie choroby będącej podstawą skierowania na rehabilitację i chorób współistniejących przez 6 dni w tygodniu, przy czym od poniedziałku do piątku w dwóch cyklach zabiegowych – przed południem i po południu, a w soboty w jednym cyklu zabiegowym – przed południem</p>
		<b>1.5.10.</b>	<p>program rehabilitacji powinien rozpoczynać się nie wcześniej niż o godz. 8<sup>30</sup></p>
		<b>1.5.11.</b>	<p>w przypadku zawarcia aneksu zwiększającego liczbę osób w turnusie dopuszcza się zmiany w zakresie wymagań dotyczących bazy hotelowej, kadry lekarskiej i specjalistycznej oraz wyposażenia w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną określonych w części 2 „Wymagania szczegółowe dla świadczeniodawców”</p>

**PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ**  
**po leczeniu NOWOTWORU GRUCZOŁU PIERSIOWEGO**  
**w systemie stacjonarnym**  
**(20 osób w turnusie)**

Lp.	<b>2. WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW</b>		
<b>2.1.</b>	<b>baza hotelowa</b>	<b>2.1.1.</b>	kwaterowanie w jednym obiekcie lub wydzielonej części obiektu
		<b>2.1.2.</b>	udostępnienie pokoi jedno i dwuosobowych z pełnym węzłem sanitarnym, przy czym, co najmniej 4 łóżka w pokojach jednoosobowych, zgodnie z załącznikiem do umowy
		<b>2.1.3.</b>	a) powierzchnia udostępnionych pokoi, z wyłączeniem powierzchni łazienki, przedpokoju, aneksów, tarasów itp., a w przypadku skosów, mierzona zgodnie z prawem budowlanym, powinna wynosić co najmniej 10 metrów kwadratowych w pokojach dwuosobowych, b) pokój powinien być wyposażony w: – łóżko albo łóżka jednoosobowe o wymiarach 90x200cm – dotyczy powierzchni do spania, tj. materaca, – stół, – krzesła – jedno na osobę, c) przedpokój lub aneks wyposażony w szafę ubraniową, dopuszcza się umieszczenie szafy w pokoju, o ile nie utrudni to swobodnego poruszania się osobie niepełnosprawnej pomiędzy sprzętami, w które pokój jest wyposażony
<b>2.2.</b>	<b>kadra lekarska i specjalistyczna</b>	<b>2.2.1.</b>	zatrudnienie co najmniej jednego lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej lub onkologii klinicznej
		<b>2.2.2.</b>	zatrudnienie co najmniej trzech magistrów fizjoterapii
		<b>2.2.3.</b>	zatrudnienie co najmniej dwóch masażyistów
		<b>2.2.4.</b>	zatrudnienie co najmniej jednego psychologa ze specjalizacją z psychologii klinicznej albo będącego w trakcie ww. specjalizacji lub psychologa z co najmniej 5-letnim stażem klinicznym realizującego: psychoedukację, terapię indywidualną, prowadzenie grup wsparcia, nie mniej niż 8 spotkań, oraz serię terapeutyczną treningów relaksacyjnych, tj. nie mniej niż osiem treningów prowadzonych w grupach nie większych niż 10 osób, nie częściej niż raz dziennie
<b>2.3.</b>	<b>wyposażenie w gabinecie, aparaturę leczniczą i diagnostyczną</b>	<b>Pomieszczenia, urządzenia i sprzęt w udostępnionym obiekcie:</b>	
		<b>2.3.1.</b>	gabinet lekarski
		<b>2.3.2.</b>	dyżurka pielęgniarek
		<b>2.3.3.</b>	gabinet zabiegowy wyposażony między innymi w: a) jeden aparat EKG, b) zestaw przeciwwstrząsowy, rurki ustno-gardłowe, zestaw do resuscytacji, c) defibrylator

		<b>2.3.4.</b>	gabinet psychologa
		<b>2.3.5.</b>	sala do treningów relaksacyjnych wyposażona w sprzęt muzyczny* *dopuszcza się wspólne pomieszczenie z salą ćwiczeń grupowych
		<b>2.3.6.</b>	sala do prowadzenia grupy wsparcia wyposażona w 20 foteli
		<b>2.3.7.</b>	dwa Uniwersalne Gabinety Usprawniania Leczniczego lub inne systemy spełniające ich funkcję
		<b>2.3.8.</b>	jedno stanowisko do ćwiczeń manualnych
		<b>2.3.9.</b>	dwa stanowiska do ćwiczeń oporowych kończyn górnych
		<b>2.3.10.</b>	dwa stanowiska do masażu leczniczego
		<b>2.3.11.</b>	dwa urządzenia do masażu wirowego kończyn górnych
		<b>2.3.12.</b>	dwa urządzenia do masażu pneumatycznego kończyn górnych
		<b>2.3.13.</b>	stanowiska do innych zabiegów fizykoterapeutycznych urządzone zgodnie z obowiązującymi przepisami
		<b>2.3.14.</b>	sala ćwiczeń grupowych wyposażona w 10 stanowisk do ćwiczeń – 10 materaców gimnastycznych oraz drabinki rehabilitacyjne
		<b>2.3.15.</b>	basen do ćwiczeń
		<b>2.3.16.</b>	20 trójkątów do drenażu biernego
<b>2.4.</b>	<b>wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu</b>	<b>2.4.1.</b>	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji leczniczej, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych, nie mniej niż 5 zabiegów leczniczych dziennie, a w soboty nie mniej niż 3 zabiegów
		<b>2.4.2.</b>	nauka automasażu limfatycznego – raz dziennie przez 5 dni w tygodniu

**PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ**  
**po leczeniu NOWOTWORU GRUCZOŁU PIERSIOWEGO**  
**w systemie stacjonarnym**  
**(40 osób w turnusie)**

Lp.	<b>2. WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW</b>		
<b>2.1.</b>	<b>baza hotelowa</b>	<b>2.1.1.</b>	kwaterowanie w jednym obiekcie lub wydzielonej części obiektu
		<b>2.1.2.</b>	udostępnienie pokoi jedno i dwuosobowych z pełnym węzłem sanitarnym, przy czym, co najmniej 6 łóżek w pokojach jednoosobowych, zgodnie z załącznikiem do umowy
		<b>2.1.3.</b>	<p>a) powierzchnia udostępnionych pokoi, z wyłączeniem powierzchni łazienki, przedpokoju, aneksów, tarasów itp., a w przypadku skosów, mierzona zgodnie z prawem budowlanym, powinna wynosić co najmniej 10 metrów kwadratowych w pokojach dwuosobowych,</p> <p>b) pokój powinien być wyposażony w:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– łóżko albo łóżka jednoosobowe o wymiarach 90x200cm – dotyczy powierzchni do spania, tj. materaca,</li> <li>– stół,</li> <li>– krzesła – jedno na osobę,</li> </ul> <p>c) przedpokój lub aneks wyposażony w szafę ubraniową, dopuszcza się umieszczenie szafy w pokoju, o ile nie utrudni to swobodnego poruszania się osobie niepełnosprawnej pomiędzy sprzętami, w które pokój jest wyposażony</p>
<b>2.2.</b>	<b>kadra lekarska i specjalistyczna</b>	<b>2.2.1.</b>	zatrudnienie co najmniej jednego lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej lub onkologii klinicznej
		<b>2.2.2.</b>	zatrudniony lekarz może prowadzić leczenie i dokumentację nie więcej niż 40 pacjentów, a turnus rozpoczyna się w dwóch turach po 20 pacjentów każda, przy czym tury rozpoczynają się w różnych terminach a każda tura powinna trwać 24 dni
		<b>2.2.3.</b>	zatrudnienie co najmniej pięciu magistrów fizjoterapii
		<b>2.2.4.</b>	zatrudnienie co najmniej trzech masażystów
		<b>2.2.5.</b>	zatrudnienie co najmniej jednego psychologa ze specjalizacją z psychologii klinicznej albo będącego w trakcie ww. specjalizacji lub psychologa z co najmniej 5-letnim stażem klinicznym realizującego: psychoedukację, terapię indywidualną, prowadzenie grup wsparcia – nie mniej niż 8 spotkań oraz serię terapeutycznych treningów relaksacyjnych, tj. nie mniej niż osiem treningów prowadzonych w grupach nie większych niż 10 osób, nie częściej niż raz dziennie
<b>2.3.</b>	<b>wyposażenie w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną</b>	<b>Pomieszczenia, urządzenia i sprzęt w udostępnionym obiekcie:</b>	
		<b>2.3.1.</b>	gabinet lekarski
		<b>2.3.2.</b>	dyżurka pielęgniarek
		<b>2.3.3.</b>	gabinet zabiegowy wyposażony między innymi w:

			<p>a) jeden aparat EKG,  b) zestaw przeciwwstrząsowy, rurki ustno-gardłowe, zestaw do resuscytacji,  c) defibrylator</p>
		<b>2.3.4.</b>	gabinet psychologa
		<b>2.3.5.</b>	<p>sala do treningów relaksacyjnych wyposażona w sprzęt muzyczny*</p> <p><small>*dopuszcza się wspólne pomieszczenie z salą ćwiczeń grupowych</small></p>
		<b>2.3.6.</b>	sala do prowadzenia grupy wsparcia wyposażona w 20 foteli
		<b>2.3.7.</b>	dwa Uniwersalne Gabinety Usprawniania Leczniczego lub inne systemy spełniające ich funkcję
		<b>2.3.8.</b>	dwa stanowisko do ćwiczeń manualnych
		<b>2.3.9.</b>	trzy stanowiska do ćwiczeń oporowych kończyn górnych
		<b>2.3.10.</b>	trzy stanowiska do masażu leczniczego
		<b>2.3.11.</b>	trzy urządzenia do masażu wirowego kończyn górnych
		<b>2.3.12.</b>	dwa urządzenia do masażu pneumatycznego kończyn górnych
		<b>2.3.13.</b>	stanowiska do innych zabiegów fizykoterapeutycznych urządzone zgodnie z obowiązującymi przepisami
		<b>2.3.14.</b>	sala ćwiczeń grupowych wyposażona w 10 stanowisk do ćwiczeń – 10 materaców gimnastycznych oraz drabinki rehabilitacyjne
		<b>2.3.15.</b>	basen do ćwiczeń
		<b>2.3.16.</b>	40 trójkątów do drenażu biernego
<b>2.4.</b>	<b>wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu</b>	<b>2.4.1.</b>	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji leczniczej, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych, nie mniej niż 5 zabiegów leczniczych dziennie, a w soboty nie mniej niż 3 zabiegów
		<b>2.4.2.</b>	nauka automasażu limfatycznego - raz dziennie przez 5 dni w tygodniu

**PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ**  
**po leczeniu NOWOTWORU GRUCZOŁU PIERSIOWEGO**  
**w systemie stacjonarnym**  
**(60 osób w turnusie)**

Lp.	<b>2. WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW</b>		
<b>2.1.</b>	<b>baza hotelowa</b>	<b>2.1.1.</b>	kwaterowanie w jednym obiekcie lub wydzielonej części obiektu
		<b>2.1.2.</b>	udostępnienie pokoi jedno i dwuosobowych z pełnym węzłem sanitarnym, przy czym, co najmniej 8 łóżek w pokojach jednoosobowych, zgodnie z załącznikiem do umowy
		<b>2.1.3.</b>	a) powierzchnia udostępnionych pokoi, z wyłączeniem powierzchni łazienki, przedpokoju, aneksów, tarasów itp., a w przypadku skosów, mierzona zgodnie z prawem budowlanym, powinna wynosić co najmniej 10 metrów kwadratowych w pokojach dwuosobowych, b) pokój powinien być wyposażony w: – łóżko albo łóżka jednoosobowe o wymiarach 90x200cm – dotyczy powierzchni do spania, tj. materaca, – stół, – krzesła – jedno na osobę, c) przedpokój lub aneks wyposażony w szafę ubraniową, dopuszcza się umieszczenie szafy w pokoju, o ile nie utrudni to swobodnego poruszania się osobie niepełnosprawnej pomiędzy sprzętami, w które pokój jest wyposażony
<b>2.2.</b>	<b>kadra lekarska i specjalistyczna</b>	<b>2.2.1.</b>	zatrudnienie co najmniej dwóch lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej lub onkologii klinicznej
		<b>2.2.2.</b>	zatrudniony lekarz może prowadzić leczenie i dokumentację nie więcej niż 40 pacjentów, a turnus rozpoczyna się w dwóch turach po 30 pacjentów każda, przy czym tury rozpoczynają się w różnych terminach, a każda tura powinna trwać 24 dni
		<b>2.2.3.</b>	zatrudnienie co najmniej sześciu magistrów fizjoterapii
		<b>2.2.4.</b>	zatrudnienie co najmniej czterech masażystów
		<b>2.2.5.</b>	zatrudnienie co najmniej dwóch psychologów ze specjalizacją z psychologii klinicznej albo będącego w trakcie ww. specjalizacji lub psychologa z co najmniej 5-letnim stażem klinicznym realizującego: psychoedukację, terapię indywidualną, prowadzenie grup wsparcia – nie mniej niż 8 spotkań oraz serię terapeutycznych treningów relaksacyjnych, tj. nie mniej niż osiem treningów prowadzonych w grupach nie większych niż 10 osób, nie częściej niż raz dziennie
<b>2.3.</b>	<b>wyposażenie w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną</b>	<b>Pomieszczenia, urządzenia i sprzęt w udostępnionym obiekcie:</b>	
		<b>2.3.1.</b>	dwa gabinety lekarskie
		<b>2.3.2.</b>	dyżurka pielęgniarek
		<b>2.3.3.</b>	gabinet zabiegowy wyposażony między innymi w: a) jeden aparat EKG,

			b) zestaw przeciwwstrząsowy, rurki ustno-gardłowe, zestaw do resuscytacji, c) defibrylator
		<b>2.3.4.</b>	gabinet psychologa
		<b>2.3.5.</b>	sala do treningów relaksacyjnych wyposażona w sprzęt muzyczny* *dopuszcza się wspólne pomieszczenie z salą ćwiczeń grupowych
		<b>2.3.6.</b>	sala do prowadzenia grupy wsparcia wyposażona w 20 foteli
		<b>2.3.7.</b>	trzy Uniwersalne Gabinety Usprawniania Leczniczego lub inne systemy spełniające ich funkcję
		<b>2.3.8.</b>	dwa stanowisko do ćwiczeń manualnych
		<b>2.3.9.</b>	cztery stanowiska do ćwiczeń oporowych kończyn górnych
		<b>2.3.10.</b>	cztery stanowiska do masażu leczniczego
		<b>2.3.11.</b>	trzy urządzenia do masażu wirowego kończyn górnych
		<b>2.3.12.</b>	trzy urządzenia do masażu pneumatycznego kończyn górnych
		<b>2.3.13.</b>	stanowiska do innych zabiegów fizykoterapeutycznych urządzone zgodnie z obowiązującymi przepisami
		<b>2.3.14.</b>	sala ćwiczeń grupowych wyposażona w 10 stanowisk do ćwiczeń – 10 materaców gimnastycznych oraz drabinki rehabilitacyjne
		<b>2.3.15.</b>	basen do ćwiczeń
		<b>2.3.16.</b>	60 trójkątów do drenażu biernego
<b>2.4.</b>	<b>wymagania ogólne dotyczące zakresu i organizacji programu</b>	<b>2.4.1.</b>	realizowanie w ustalonym indywidualnie programie rehabilitacji leczniczej, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych, nie mniej niż 5 zabiegów leczniczych dziennie, a w soboty nie mniej niż 3 zabiegów
		<b>2.4.2.</b>	nauka automasażu limfatycznego – raz dziennie przez 5 dni w tygodniu

.....  
pieczęć Oferenta

do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

**Wykaz pokoi przeznaczonych dla osób skierowanych na rehabilitację leczniczą**

.....  
Pieczęć Ośrodka**Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą**Nazwa obiektu\* .....  
w turnusie od ..... do ..... Umowa nr .....

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Nr pokoju**	Oddział ZUS	Data przyjazdu***
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>Liczba osób, które stawiły się w obiekcie</b>					

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

\* dla każdego obiektu należy sporządzić osobny wykaz

\*\* podać nr pokoju, w którym jest zakwaterowana osoba skierowana na rehabilitację leczniczą

\*\*\* w przypadku nie stawienia się danej osoby do obiektu należy wpisać wyraz „NIE”.

Pieczeń Ośrodka

do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Umowa nr ....., dnia .....

### Wniosek o skrócenie/przedłużenie\* rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

Na podstawie § 7 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne /Dz. U. Nr 131, poz. 1457/ wnioskuję o skrócenie / przedłużenie\* rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.

Pani/Pan\* ..... PESEL .....

Zawód .....

Data rozpoczęcia rehabilitacji leczniczej - pierwszy dzień pobytu .....

Wnioskowana data **skrócenia** rehabilitacji - ostatni dzień pobytu ..... \*\*Wnioskowana data **przedłużenia** rehabilitacji - ostatni dzień pobytu ..... \*\*

Rozpoznanie z orzeczenia lekarza orzecznika ZUS .....

Rozpoznanie ustalone w ośrodku rehabilitacyjnym (w języku polskim) .....

Dotychczas osiągnięte efekty rehabilitacji leczniczej .....

Uzasadnienie wniosku o skrócenie/przedłużenie\* rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS .....

Po przedłużeniu rehabilitacji w/w **rokuje/nie rokuje\*** odzyskanie zdolności do pracy......  
podpis i pieczęć lekarza prowadzącego leczenie.....  
podpis i pieczęć ordynatora ośrodka rehabilitacyjnego

**Zgoda\*** Zakładu Ubezpieczeń Społecznych    **Brak zgody\*** Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

- **skrócenie\*** rehabilitacji leczniczej - ostatni dzień pobytu .....- **przedłużenie\*** rehabilitacji leczniczej - ostatni dzień pobytu .....

Warszawa, dnia .....

.....  
podpis i pieczęć lekarza lub mgr fizjoterapii  
\*\*\*  
Departamentu Prewencji i Rehabilitacji

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wypełnić odpowiedni wiersz

\*\*\* mgr fizjoterapii może wyrażać zgodę tylko w przypadku skróceń

.....  
Pieczęć Ośrodka**Wykaz osób skierowanych przez ZUS, które ukończyły rehabilitację leczniczą  
w turnusie od ..... do ..... dotyczy Faktury nr .....**

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Okres pobytu		Liczba osobodni	Jednostkowy koszt rehabilitacji	Uwagi/ nieobecności (od...do...)
			od	do			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
<b>Razem</b>							

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 6  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

### Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, którym zrefundowano koszty przejazdu

w turnusie od ..... do ..... dotyczy Faktury nr ..... Noty nr .....

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Okres pobytu		Miejsce zamieszkania (zgodnie z Zawiadomieniem o skierowaniu na rehabilitację)	Podstawa zwrotu: bilet/oświadczenie z miejsca zamieszkania do ośrodka (zgodnie z kol. 6)	Kwota zwrotu za przejazd (zgodnie z kol. 7)	Podpis osoby skierowanej
			od	do				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
<b>Razem</b>								

.....  
podpis i pieczęć osoby upoważnionej

.....  
Pieczęć Ośrodka**Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS\***

nr z wymagań  (podać odpowiedni nr z wymagań)	Nazwisko i Imię	Funkcja  (np. ordynator, asystent, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk ....)	Specjalizacje i wymagane certyfikaty**	Uwagi:	Godziny pracy kadry lekarskiej i specjalistycznej  (podać dziennie w godzinach od-do)					
					Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	So

....., dnia .....

Zatwierdził .....  
(imię i nazwisko, pieczęć)

\* należy wypełnić uwzględniając odpowiednią liczbę kadry lekarskiej i specjalistycznej

\*\* w przypadku fizjoterapeutów dopuszcza się jedynie dyplom magistra, licencjata lub technika, w przypadku masażyści dopuszcza się jedynie dyplom technika lub fizjoterapeuty

.....  
Pieczęć Ośrodka**Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, za które poniesiono opłatę uzdrowską  
w turnusie od ..... do ..... dotyczy Faktury nr ..... Noty nr .....**

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Okres pobytu		Liczba osobodni	Stawka	Jednostkowy koszt opłaty uzdrowskiej	Uwagi/ nieobecności (od ... do ...)
			od	do				
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
<b>Razem</b>								

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

.....  
Pieczęć Ośrodka

Nr ks. gł. ....

Numer pokoju .....

**OGP****INFORMACJA O PRZEBYTEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ**w ramach prewencji rentowej ZUS po leczeniu **nowotworu gruczołu piersiowego**

Nazwisko i imię ..... PESEL .....

Adres zamieszkania: kod .....-..... miejscowość .....

ul. .... nr ..... nr lokalu .....

**Rodzaj świadczenia:** zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, renta, bez świadczenia *(właściwe podkreślić)*data przyjęcia ..... data wypisu ..... **liczba dni pobytu** .....nieobecności od ..... do ..... **liczba dni nieobecności** .....**liczba dni zabiegowych** .....**Rozpoznanie ustalone przez lekarza orzecznika ZUS:**

..... nr stat. ....

**Rozpoznanie ustalone w ośrodku rehabilitacyjnym:**

choroba podstawowa ..... nr stat. ....

choroby współistniejące ..... nr stat. ....

..... nr stat. ....

**Zawód wykonywany** ..... **Zawód wyuczony** .....**Ocena kliniczna w dniu przyjęcia:****a) wywiad** (zglaszane dolegliwości, przebieg choroby i stosowane leczenie, przebyte inne choroby, operacje, wywiad rodzinny, nalogi):.....  
.....**b) badanie przedmiotowe** (zakres ruchomości, siła mięśniowa, czucie, odruchy, objawy ubytkowe, funkcja kończyn górnych):.....  
.....**Badania dodatkowe niezbędne dla ustalenia i realizacji programu rehabilitacji leczniczej** (rodzaj, data wykonania, wynik):

• Pomiary RR: .....

• Masa ciała: początkowa ..... końcowa ..... wzrost ..... BMI /przy wypisie/ .....

Tabela pomiarów obwodów kończyn górnych *						
Miejsce pomiaru		Dłoń	Nadgarstek	Połowa przedramienia	Łokieć	Połowa ramienia
Badanie wstępne	Kończyna górna prawa					
	Kończyna górna lewa					
Badanie końcowe	Kończyna górna prawa					
	Kończyna górna lewa					

\* tabelę wypełnić w przypadku istnienia obrzęku limfatycznego

### Konsultacje:

.....  
 .....

### 1. Rehabilitacja lecznicza:

Kinezyterapia	Rodzaj	Okolica na którą zastosowano zabiegi	Liczba
Indywidualna			
Grupowa			
Ćwiczenia w basenie			
Instruktaż automasażu			
Inne			
<b>Razem</b> liczba zabiegów			

Fizykoterapia	Rodzaj	Okolica, na którą zastosowano zabiegi	Liczba
Masaż wirowy kończyn górnych			
Masaż limfatyczny kończyn			
Masaż pneumatyczny kończyn			
Inne			
<b>Razem</b> liczba zabiegów			

### 2. Formy oddziaływania psychologicznego:

	Daty przeprowadzonych oddziaływań	Liczba
Terapia indywidualna		
Psychoedukacja		
Grupy wsparcia		
Treningi relaksacyjne - seria terapeutyczna		
Inne		
<b>Razem</b> liczba oddziaływań psychologicznych		

### 3. Edukacja zdrowotna:

	Data	Liczba
Czynniki ryzyka w chorobach cywilizacyjnych		
Podstawowa wiedza o procesie chorobowym ukierunkowana na profil schorzenia		
Czynniki zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy		
Podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy i pracownika		
Zasady prawidłowego żywienia		
Inne		
<b>Razem</b> liczba zajęć		

#### 4. Leczenie farmakologiczne:

.....  
 .....

#### Wyniki rehabilitacji leczniczej:

*(opinia końcowa o zmianie stanu funkcjonalnego ze szczególnym uwzględnieniem: zakresu ruchomości, siły mięśniowej, czucia, odruchów)*

.....  
 .....

#### Opinia o stanie funkcjonalnym na dzień wypisu:

*(należy zaznaczyć odpowiedni numer)*

Poprawa stanu funkcjonalnego	Bez zmiany stanu funkcjonalnego	Pogorszenie stanu funkcjonalnego
1	2	3

#### Zalecenia dla osoby skierowanej przez Zakład:

.....  
 .....

....., dnia .....

.....  
 Podpis i pieczęć lekarza  
 prowadzącego leczenie

.....  
 Podpis i pieczęć ordynatora  
 ośrodka rehabilitacyjnego

NR4/OGP - Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

.....  
Pieczęć Ośrodka

Nr ks. gl. .... Nazwisko i imię ..... PESEL .....

**Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS**

w turnusie od ..... do .....

dzień rehabilitacji	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
data																								
Podpis lekarza wykonującego badanie lekarskie																								
Podpis osoby wykonującej badania diagnostyczne i/lub konsultacje																								
Podpis osoby wykonującej zabiegi fizyko- i kinezyterapeutyczne																								
Podpis lekarza decydującego o zwolnieniu pacjenta z zabiegów z przyczyn medycznych																								
Podpis osoby prowadzącej oddziaływania psychologiczne i/lub edukację zdrowotną																								
Podpis pacjenta potwierdzający korzystanie z basenu																								
Podpis pacjenta potwierdzający korzystanie z kriokomory																								
Podpis pacjenta potwierdzający realizację w/w czynności* lub poświadczający obecność w ośrodku																								

Legenda: W każdym dniu rehabilitacji wymagane są podpisy potwierdzające zrealizowanie poszczególnych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) przez osoby odpowiedzialne za ich wykonanie

\*W przypadku braku podpisu pacjenta potwierdzającego realizację w/w czynności w danym dniu rehabilitacji, traktuje się ten dzień jako dzień nieobecności pacjenta, mimo widniejących podpisów osób odpowiedzialnych za wykonanie poszczególnych czynności.

Liczba dni obecności pacjenta w ośrodku .....

....., dnia .....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza  
prowadzącego leczenie.....  
Podpis i pieczęć ordynatora  
ośrodka rehabilitacyjnego

<b>Informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS - rehabilitacja lecznicza w systemie stacjonarnym</b>	
1.	rehabilitacja powinna odbywać się przez 6 dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku w dwóch cyklach zabiegowych – przed południem i po południu, a w soboty w jednym cyklu zabiegowym - przed południem
2.	lekarz prowadzący leczenie decyduje o zabiegach leczniczych
3.	lekarz prowadzący leczenie powinien być dostępny codziennie (nie dotyczy sobót i dni ustawowo wolnych od pracy)
4.	pacjent powinien mieć zapewnioną całodobową, stacjonarną opiekę lekarską i pielęgniarską
5.	zabiegi nie mogą rozpoczynać się wcześniej niż o 8 <sup>30</sup>
6.	ośrodek zapewnia zakwaterowanie od pierwszego do ostatniego dnia turnusu
7.	ośrodek decyduje o kwaterowaniu w poszczególnych pokojach
8.	ośrodek zapewnia całodzienne wyżywienie od pierwszego dnia turnusu (od śniadania) do ostatniego dnia turnusu (do kolacji)
9.	ośrodek zapewnia prześcieradła do zabiegów fizykalnych
10.	ośrodek udostępnia ręczniki kąpielowe, które powinny być wymieniane, co najmniej raz na tydzień oraz bieliznę pościelową, która powinna być zmieniana co najmniej raz w trakcie turnusu
11.	ośrodek zapewnia pacjentom możliwość przygotowania we własnym zakresie ciepłych napojów
12.	ZUS ponosi całkowity koszt rehabilitacji leczniczej osób kierowanych, łącznie z kosztami zakwaterowania, wyżywienia oraz przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka rehabilitacyjnego i z powrotem (najtańszym środkiem komunikacji publicznej, z uwzględnieniem przysługującej ulgi na przejazd danym środkiem transportu)
13.	Doba pobytu osoby skierowanej przez Zakład w Ośrodku, w tym zakwaterowanie w Ośrodku, rozpoczyna się o godz. 00.01, a kończy się o godz. 24.00.